

FORMULARIO DE INSPECCIÓN  
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
I NIVEL DE ATENCIÓN  
CONSULTORIO DE MEDICINA GENERAL

ENTIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:	PUBLICO	PRIVADO	CÓDIGO DE LA TIPOLOGÍA: 1.2	UNICÓDIGO:	versión 6.0
--	---------	---------	-----------------------------	------------	-------------

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMERCIAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	CLASE DE RIESGO: B
---	--------------------

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:	NUMERO DE RUC: (Solicitar la copia del RUC)
---------------------------------	--

NOMBRE DEL RESPONSABLE TÉCNICO:
---------------------------------

ACTIVIDAD/ES CORRESPONDEN AL TIPO DE ESTABLECIMIENTO:	SI	NO
---	----	----

DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD / CALLES (PRINCIPAL Y SECUNDARIA) y N°
---

ZONA:	CANTÓN :	PARROQUIA:	PROVINCIA:	TELÉFONO:
-------	----------	------------	------------	-----------

PERMISO DE FUNCIONAMIENTO

PRIMERA VEZ:	FECHA DE INSPECCIÓN	No. ORDEN DE INSPECCIÓN:	FECHA DE REINSPECCIÓN:	No. ORDEN DE REINSPECCIÓN:
--------------	---------------------	--------------------------	------------------------	----------------------------

CONTROL:	FECHA DE CONTROL:
----------	-------------------

CARTERA DE SERVICIOS:

Cartera de servicios del establecimiento de salud firmada por el responsable técnico	SI	NO	OBSERVACIONES	Reinspección
				C NC

Descripción de la cartera de servicios:

AMBIENTES INFRAESTRUCTURA ANEXO EG_01 e IG_01	¿Se dispone de las áreas?	CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD										OBSERVACIONES	Reinspección			
		Se evidencian condiciones de orden y limpieza en las áreas.		Se evidencian condiciones de limpieza en equipos y mobiliario		Se dispone de insumos para higiene de manos (dispensador de jabón, dispensador de papel toalla, PBA, preparado de base alcoholica al 70%). Cuenta con señalética de lavado de manos (OPS/OMS)		Se utilizan equipos de protección personal acorde a la actividad que realiza		C	NC		C	NC		
		SI	NO	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC		C	NC		
Admisión (condición)	Recepción, Información y Estadística											N/A				
Consulta Externa (requerido)	Sala de espera general											N/A				
	Baños/baterías sanitarias (inodoro, papel higienico, dispensador de papel higiénico, recipiente de desechos y lavabo)											N/A				
	Consultorio de Medicina General (Lavamanos)															
Procedimientos (condición)	Area de procedimientos mínimos ambulatorios (lavamanos y mesa de mayo)															
	▲ Terapia respiratoria (condición)				N/A		N/A		N/A			N/A				
	▲ Curaciones, suturas, cambio o retiro de sondas y retiro de puntos (condición)				N/A		N/A		N/A			N/A				
	▲ Inmovilización (condición)				N/A		N/A		N/A			N/A				
	▲ Rehidratación (condición)				N/A		N/A		N/A			N/A				
Zona de Lavado ( limpieza y desinfección de instrumental) (fregadero), aplica unicamente si utiliza instrumental.												N/A				
Área para esterilización de instrumental , aplica unicamente si utiliza instrumental																
Área de limpieza con zona de almacenamiento de materiales e insumos de limpieza.												N/A				
Almacenamiento final de desechos, (requerido) Debe estar señalizada, con acceso restringido, de uso exclusivo, puede ser fijo o desmontable. Si el consultorio se encuentra dentro de una edificación junto con otros, podrán utilizar un mismo almacenamiento final, si el consultorio es individual, podrá utilizar como almacenamiento final un armario con características PVC, estructura metálica, madera tratada resistente, u otro material que sea impermeable, lavable, de larga duración, adicional el armario debe permanecer cerrado con llave. (AM 00036-2019).	Comunes											N/A				
	Aprovechables - reciclables											N/A				
	Sanitarios (biológicos - infecciosos, cortopunzantes).											N/A				
	Farmacéuticos											N/A				

NOTA: Los ítems que NO están caracterizados con el texto adicional (condición) son REQUERIDOS y deben ser revisados de forma obligatoria.

ESTRUCTURA GENERAL (ANEXO EG_01) E INSTALACIONES GENERALES (ANEXO IG_01)		SI	NO	OBSERVACIONES	Reinspección			
					C	NC		
Rótulo que señale la Razón Social y/o nombre comercial								
Cumplimiento del ANEXO (EG_01)								
Cumplimiento del ANEXO (IG_01)								
EQUIPAMIENTO BIOMÉDICO (ANEXO EQ-01 MG)		SI	NO	OBSERVACIONES	Reinspección			
					C	NC		
Cumplimiento del ANEXO (EQ_01 MG)								
Plan anual de mantenimiento preventivo del equipamiento biomédico								
Registro de mantenimiento preventivo de equipamiento Biomédico								
Registro de mantenimientos correctivos de equipamiento Biomédico (en caso de existir mantenimientos correctivos)								
TALENTO HUMANO		SI	NO	OBSERVACIONES	Reinspección			
					C	NC		
Título del profesional de la salud que brinda la atención, registrado en la ACCESS (MSP anterior a diciembre de 2014)								
Documento que acredite la designación del responsable técnico del establecimiento (Requerido en consultorios compartidos con otros profesionales).								
Profesionales de la salud que comparten el consultorio general	Nombres y apellidos del profesional de la salud		Número de cédula:		Título profesional:		Horario de atención:	
	Nombres y apellidos del profesional de la salud		Número de cédula:		Título profesional:		Horario de atención:	
	Nombres y apellidos del profesional de la salud		Número de cédula:		Título profesional:		Horario de atención:	
VERIFICACIÓN DOCUMENTAL ACORDE A NORMATIVA VIGENTE		SI	NO	OBSERVACIONES	Reinspección			
					C	NC		
Biosseguridad	Protocolo de limpieza y desinfección de las áreas							
	Cronograma de Limpieza y desinfección de las áreas							
	Registro de limpieza y desinfección de las áreas							
	Protocolo de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario							
	Cronograma de Limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario							
	Registro de limpieza y desinfección de los equipos mobiliarios							
	Control de Plagas		Programa para el control de plagas suscrito por el responsable técnico del establecimiento de salud. (ANEXO IG 01) (En el caso de consultorios ubicados dentro de edificios, será válido el programa, o método, que aplique la administración del mismo)					
			Permiso de funcionamiento de ARCSA (en el caso de proveedor externo)					
		Cronograma de control de plagas						
		Registro de ejecución de control de plagas						
Gestión Interna de residuos y desechos (Manual Acuerdo Ministerial 36-2019)		Matriz de evaluación de la gestión interna de residuos y desechos: Matriz A ultimo semestre Anexo 10 (La verificación de cada ítem del Anexo 10 se realizará durante la inspección del establecimiento de salud)						
		Anexo 7 del Acuerdo Ministerial 36-2019						
SEGURIDAD DEL PACIENTE		SI	NO	Observaciones	REINSPECCIÓN			
					C	NC		
Conoce las prácticas seguras descritas en el Acuerdo Ministerial 00000115 - Manual de Seguridad del Paciente - usuario (Mínimo deberá conocer 5 prácticas seguras)								
Conoce y aplica los 11 pasos de lavado de manos								
Conoce y aplica los 8 pasos de higienización de manos con preparado de base alcohólica								
Conoce y aplica los 5 momentos de lavado de manos								
Farmacovigilancia	1. Se ha presentado un evento adverso relacionado con: reacción adversa a medicamentos, falla terapéutica o errores de medicación? (si la respuesta es si, continúe con las siguientes preguntas)							
	Dispone la ficha amarilla (reporte de la sospecha de reacciones adversas a medicamentos, falla terapéutica, errores de medicación)							
	¿Se ha reportado al ARCSA el evento adverso?							
Cuenta con medicamentos e insumos médicos con fecha de vencimiento vigentes.								
¿En el establecimiento de salud se ha presentado algún evento adverso relacionado con la seguridad del paciente? (si la respuesta es si, continúe con las siguientes preguntas)								
Cuenta con el registro de notificación de eventos relacionados con la Seguridad del Paciente.(evento adverso, cuasi evento, evento centinela)								
¿Se elaboró la investigación y plan de acción? Revisar Verificables.								
Se realizó el seguimiento de la ejecución de los compromisos establecidos en el plan de acción? Revisar Verificable.								

<b>INSPECCIÓN, OBSERVACIONES ADICIONALES:</b>				
		<b>ESTABLECIMIENTO CUMPLE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>

<b>RESPONSABLE(S) DE LA INSPECCIÓN</b>			
<b>CÉDULA DE CIUDADANIA</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>

<b>ESTABLECIMIENTO INSPECCIONADO:</b>				
<b>ACOMPANAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD</b>	<b>CÉDULA DE CIUDADANIA</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>CARGO EN ESTABLECIMIENTO</b>	<b>FIRMA</b>
<b>RECIBÍ COPIA DE ESTE FORMULARIO</b>	<b>CÉDULA DE CIUDADANIA</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>CARGO EN ESTABLECIMIENTO</b>	<b>FIRMA</b>

<b>REINSPECCIÓN, OBSERVACIONES ADICIONALES:</b>				
		<b>ESTABLECIMIENTO CUMPLE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>

<b>RESPONSABLE (S) DE LA REINSPECCIÓN</b>			
<b>CÉDULA DE CIUDADANIA</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>

<b>ESTABLECIMIENTO REINSPECCIONADO:</b>				
<b>ACOMPANAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD</b>	<b>CÉDULA DE CIUDADANIA</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>CARGO EN ESTABLECIMIENTO</b>	<b>FIRMA</b>
<b>RECIBÍ COPIA DE ESTE FORMULARIO</b>	<b>CÉDULA DE CIUDADANIA</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>CARGO EN ESTABLECIMIENTO</b>	<b>FIRMA</b>

ACTUALIZADO JULIO 2022

	Nombre	Unidad	Cargo	Firma
Aprobado por:	Dra. Tatiana López	Coordinación General Técnica	Coordinadora	
Revisado por:	Mgs. Evelyn Chávez	Dirección de Regulación para el Aseguramiento de la Calidad	Director/a	
	Dr. Cesar Carrera	Dirección Técnica de Vigilancia y Control	Director/a	
	Med. Diego Sánchez	Dirección Técnica de Habilitación, Certificación y Acreditación	Director/a	
Actualizado por:	Mgs. María José Espín	Dirección de Regulación para el Aseguramiento de la Calidad	Analista	
	Lcda.Cristina Cabezas	Dirección de Regulación para el Aseguramiento de la Calidad	Analista	